

Nom et prénom:	
Numéro de téléphone où vous joindre:	
Nom du programme ou du cours:	
Semaine débutant le:	

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
<b>QUESTIONS SUR VOTRE SITUATION PERSONNELLE</b>							
<b>Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays au cours des 2 dernières semaines ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Si oui, êtes-vous visé par une mesure d'isolement?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Dans les 10 derniers jours, avez-vous eu un contact à risque élevé avec une personne atteinte de la COVID-19 ou qui est actuellement en investigation?</b> <i>Définition d'un contact à risque élevé :</i> - Personne qui vit sous le même toit qu'un cas de Covid-19 - Partenaire sexuel, couple qui ne partage pas le même domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Si oui, êtes-vous adéquatement protégé contre la COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Êtes-vous visé par une consigne d'isolement ou êtes-vous en attente d'un test de dépistage de la COVID-19 ou des résultats?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____

<b>QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ</b>							
Un seul des symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation							
<b>Avez-vous la sensation d'être fiévreux, d'avoir des frissons comme lors d'une grippe, ou une fièvre mesurée avec une température prise par la bouche égale ou supérieure à 38,1 °C (100,6°F)?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Avez-vous une toux récente ou une toux chronique aggravée depuis peu?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Avez-vous de la difficulté à respirer ou êtes-vous essoufflé?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____
<b>Avez-vous une perte soudaine de l'odorat sans congestion nasale (nez bouché), avec ou sans perte du goût?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Initiales _____

<b>Avez-vous un mal de gorge?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __

<b>QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ</b> Une réponse « Oui » à au moins deux symptômes suivants justifie un retrait immédiat du travail ou de la formation							
<b>Avez-vous de la fatigue intense inhabituelle sans raison évidente?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous des douleurs musculaires ou courbatures inhabituelles (non liées à un effort physique)?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous un mal de tête inhabituel?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous une perte d'appétit importante?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous des nausées (maux de cœur) ou des vomissements?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous mal au ventre?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous de la diarrhée?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __
<b>Avez-vous le nez qui coule ou une congestion nasale (nez bouché) de cause inconnue?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __	Initiales __